UNIVERSITE de PARIS Ve - RENE DESCARTES
FACULTE de MEDECINE COCHIN PORT - ROYAL

Année 1973 N°____

97

THESE
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME d'ETAT)

PAR

Jacques AFCHAIN
né le 23 février 1945 à CHATILLON-COLIGNY (45)

Présentée et soutenue publiquement le _____ 1973

CONSERVATION OVARIENNE AU COURS DES HYSTERECTOMIES DANS LA PERSPECTIVE PSYCHOSOMATIQUE

PRESIDENT : Monsieur J. M. COLDEFY, Professeur

UNIVERSITE de PARIS Ve - RENE DESCARTES
FACULTE de MEDECINE COCHIN PORT - ROYAL

Année 1973 N° ____

THESE
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME d'ETAT)

PAR

Jacques AFCHAIN
né le 23 fevrier 1945 à CHATILLON-COLIGNY (45)

Présentée et soutenue publiquement le _____ 1973

CONSERVATION OVARIENNE AU COURS DES HYSTERECTOMIES DANS LA PERSPECTIVE PSYCHOSOMATIQUE

PRESIDENT : Monsieur J. M. COLDEFY, Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A ma femme ...

A mes enfants, avec toute mon affection ...

A ma famille ...

A Monsieur le Professeur COLDEFY J.M.

notre Maître, qui nous a fait le grand honneur de nous confier ce travail.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre vive reconnaissance pour l'aide qu'il nous a apportée.

A nos Maîtres au cours de nos études
dans les hôpitaux de PARIS :

Monsieur le Professeur PEQUIGNOT
LASSNER
LEGER
STERKERS
DELBARRE
CAYLA

A Madame le Docteur MORINEAU.

A Monsieur le Professeur ROBERT H.

qui nous a fait le grand honneur
de participer à l'achèvement de cette
thèse.

Hommages respectueux.

P L A N

INTRODUCTION P.1

I - RAPPEL SUR LA MENOPAUSE PHYSIOLOGIQUE P.2

- Les constatations histologiques et hormonales P.3
- Les constatations cliniques P.5
- Les problèmes psychologiques posés par la ménopause ... P.7

II - LES CONSEQUENCES DE L'OVARIECTOMIE BILATERALE P.9

- Les constatations histologiques et hormonales P.10
- Les constatations cliniques gynécologiques P.11
- Les conséquences psychiques de la castration P.14

III - DE L'OPPORTUNUITE DE LA CONSERVATION OVARIENNE AU COURS DES HYSTERECTOMIES P.16

- Les contre-indications de la conservation ovarienne ... P.17
- Les contre-indications chirurgicales pour la réalisation de la conservation ovarienne P.21
- Les dangers de la conservation ovarienne P.23
- Les bienfaits de la conservation ovarienne comparés à l'hormonothérapie substitutive P.25

IV - LE CHOIX D'UNE ATTITUDE PSYCHOSOMATIQUE P.28

- Nécessité de la formation psychosomatique du chirurgien P.28
- Nécessité d'un abord psycho-somatique P.30
- La conservation ovarienne dans une optique psychosomatique P.34
- Avantages d'une équipe pluridisciplinaire P.35

V - LES INDICATIONS THEORIQUES DE L'HYSTERECTOMIE AVEC CONSERVATION ANNEXIELLE P.37

CONCLUSION P.40

Quels sont les meilleurs médecins ?

" ... ce n'est point, je pense par le corps qu'ils guérissent le corps, mais c'est avec l'âme qu'ils soignent le corps, et l'âme ne peut bien soigner quelque mal que ce soit si elle est ou devient malsaine ... "

La République - Livre III

PLATON

INTRODUCTION

L'acte chirurgical constitue non seulement une agression somatique mais aussi un traumatisme psychique.

L'hystérectomie est sans nul doute l'intervention la plus lourdement ressentie par une malade, d'autant plus si elle comprend une castration qui ne sera certainement pas intégrée comme une "ménopause chirurgicale" au sens éthymologique du terme.

L'investissement psychologique de la matrice et des ovaires est en effet particulièrement lourd chez la malade comme chez le conjoint.

Dans une optique psychosomatique, il est impossible de méconnaître les répercussions de la suppression brutale d'un ensemble fonctionnel complexe au centre duquel nous plaçons les ovaires.

Nous nous efforcerons donc :

- après avoir rappelé brièvement l'importance biologique de la fonction ovarienne au cours de la ménopause physiologique et de la ménopause chirurgicale, sans méconnaître le retentissement psychique,

- d'exposer les problèmes posés au chirurgien qui a décidé de procéder à une hystérectomie et quels sont les éléments qui dicteront son choix d'une attitude conservatrice ou non vis-à-vis des ovaires,

- de montrer ensuite l'importance, aux côtés du chirurgien, de confrères d'autres disciplines, au premier rang desquels nous rangeons le psychiatre et le psychologue, aussi bien avant qu'après l'intervention.

Nous dégagerons alors la nécessité d'une concertation éclairée entre le chirurgien et différents spécialistes dans le choix des indications, illustration de l'unicité de la personne humaine dont la méconnaissance aboutit inéluctablement à rompre son harmonie ; cette concertation est toujours souhaitable mais n'est parfaitement réalisable que dans des services à activités pluridisciplinaires.

Le psychosomaticien a le mérite de questionner d'autres plus spécialisés que lui, se réservant le droit, par synthèse, de définir sa propre attitude en s'efforçant ainsi de découvrir la voie de la sagesse.

I - RAPPEL SUR LA MENOPAUSE PHYSIOLOGIQUE

La ménopause physiologique n'est pas un état nouveau faisant passer brutalement une femme de la période des menstruations régulières et de la fertilité à un état de sénescence où l'ovaire cesserait toute activité.
Au contraire, c'est l'ovaire qui, par la persistance de sa fonction oblige à introduire la ménopause dans un schéma évolutif.

La période ménopausique - terme plus nuancé dans l'espace temps que la ménopause - se caractérise par des manifestations que de nombreux facteurs influencent :

- la race, l'année de naissance, l'hérédité sont les plus certains,
- l'âge de la puberté n'intervient que lorsqu'il témoigne d'un terrain hypohormonal : à une puberté tardive correspond alors une ménopause précoce,
- les antécédents d'affections gynécologiques ne semblent jouer aucun rôle précis.

L'une des caractéristiques essentielles de la ménopause physiologique est d'être d'installation lente sans qu'elle soit régulièrement progressive : les constatations histologiques, hormonales et cliniques le prouvent.

LES CONSTATATIONS HISTOLOGIQUES et HORMONALES

L'ovaire se trouve au centre d'un système en "feed back" :

- lui-même est sous la dépendance des gonadostimulines hypophysaires dont on sait l'étroite corrélation avec l'hypothalamus,

- sa propre secrétion régule non seulement le fonctionnement hypophysaire par rétro-contrôle, mais aussi joue un rôle primordial dans les modifications de l'endomètre en particulier.

AU NIVEAU de l'OVAIRE, on note schématiquement :

- du point de vue histologique :

  .une chute du nombre des ovulations résultant de la diminution des follicules gamétogènes,

  .un équilibre de plus en plus en faveur de l'atrésie folliculaire alors que la permanence des follicules rompus explique l'hyperoestrogénie de la phase préménopausique.

- du point de vue hormonal :

  .une chute du prégnandiol urinaire, reflet de la baisse de l'action progestéronique,

  .le dosage des oestrogènes urinaires rend compte, dans une certaine mesure, du temps nécessaire à l'installation de la ménopause puisque, après l'hyperoestrogénie préménopausique, la production d'oestrogènes persiste d'abord avec des modifications cycliques puis disparaît progressivement,

  .les cortico-surrénales tenteraient de prendre le relais mais leur secrétion est habituellement insuffisante pour bloquer l'hypophyse,

  .les androgènes, quant à eux, subiraient une chute continue depuis la puberté, mais épargnant relativement les 17 cétostéroïdes, d'où un certain degré d'hypercorticisme.

AU NIVEAU de l'HYPOPHYSE apparaît le mieux l'extraordinaire multiplicité des répercussions de la ménopause sur l'organisme tout entier :

- du point de vue histologique :

  .on conçoit aisèment que les constatations soient trop minimes pour être valables,

.../...

- du point de vue biologique, par le dosage des F S H, on évalue en réalité, l'ensemble des stimulines hypophysaires (F S H proprement dites et L H) ; les gonadotrophines urinaires totales (G U T) sont libérées par la chute des oestrogènes et sont retrouvées en quantité insuffisante dans les urines.

AU NIVEAU de l'ENDOMETRE :

- l'atrophie de la muqueuse s'installe progressivement précédée par divers aspects soit de type folliculinique soit de type progestatif,

- la muqueuse est amincie, les glandes sont rares et régulières avec un épithélium plat ; le stroma est dense, peu vascularisé.

Outre ces trois pôles prépondérants, du moins apparemment, on ne peut méconnaître :

- le rôle du diencéphale, lui-même dépendant de ses centres régulateurs périphériques (cortico-surrénales, thyroïde outre les ovaires),

- mais aussi, le rôle des différents facteurs métaboliques et neuro-végétatifs, agissant par des mécanismes encore obscurs mais influençant certainement pour une grande part, le profil clinique de la ménopause physiologique.

LES CONSTATATIONS CLINIQUES

La ménopause physiologique se manifeste cliniquement par deux signes fonctionnels essentiels :

- des modifications des règles qui aboutissent dans un délai variable à un arrêt,

- des bouffées de chaleur, reflet de l'hypertonie neuro-végétative.

L'aménorrhée est le maître-symptôme :

.soit brusque, sans modifications qualitatives ou quantitatives décelables des règles au cours des mois précédents ; c'est une éventualité exceptionnelle,

.soit précédée par des modifications des cycles : les règles diminuent d'abondance puis manquent pour reprendre quelques mois leur rythme habituel, ceci pendant un à deux ans ; les cycles peuvent aller en s'allongeant ou en raccourcissant,

.soit accompagnée de modifications qualitatives du flux menstruel : précession de pertes brunâtres pouvant devenir franchement sanglantes, abondantes et avec caillots pour se terminer en une dizaine de jours par des pertes foncées,

.parfois même, les règles peuvent réapparaître de manière épisodique à l'occasion d'un évènement émotionnel.

Soulignons néanmoins que toutes les modifications qualitatives ou quantitatives sont possibles et pour éviter toute idée de métrorragies, un interrogatoire minutieux et patient montrera que ces troubles sont en rapport avec le cycle.

Un délai d'un an après les dernières règles est nécessaire pour affirmer une ménopause ; au-delà, tout évènement doit être considéré comme pathologique et motive des explorations gynécologiques complètes ; la précession d'équivalents menstruels : tension mammaire, douleurs pelviennes, glaire cervicale, prennent alors toute leur valeur.

Les troubles neuro-végétatifs

Quoique non constantes, les bouffées de chaleur devancent dans 75% des cas l'arrêt total des règles.

C'est un accès vaso-moteur qui monte habituellement du tronc vers la face et s'extériorise par une rougeur diffuse du visage avec sueurs pouvant être très profuses ; il survient fréquemment la nuit mais aussi le jour, handicapant parfois profondément la vie courante par leur répétition.

.../...

Périodiquement sans toutefois être rythmées, les bouffées de chaleur peuvent persister plusieurs années après l'arrêt des règles, tout en s'espaçant :

- elles sont témoin d'une hyperstimulinémie, affirmée par l'élévation des F S H de 100 à 200 unités souris dans la période pré ou post ménopausique immédiate,

- elles ne n'expliquent plus à grande distance de celle-ci que par une instabilité neuro-vasculaire d'origine diencéphalique.

Les bouffées de chaleur peuvent être remplacées ou accompagnées par des équivalents : acroparesthésies, vertiges, éblouissements, étourdissements, etc...

L'examen gynécologique d'une femme dont la ménopause se déroule sans anomalies particulières montrera des modifications en rapport avec la phase évolutive, ce qui met en exergue l'installation progressive de celle-ci. Quoiqu'il en soit, d'autres constatations importent particulièrement :

- l'augmentation de poids est parfois considérée comme fatale ; elle est aggravée par un manque de rigueur diététique ; le comportement alimentaire peut d'ailleurs être un bon reflet de l'acceptation de cette période critique,

- le désintérêt des problèmes sexuels correspond pour une part à une entité réelle mais il semble que les perturbations de la libido soient dues à une peur irraisonnée, à des croyances concernant la perte des signes extérieurs d'une féminité désirable, s'exprimant par la jalousie vis-à-vis du mari, qui doit pourtant, lui aussi, passer le cap d'une période critique, sans que celle-ci soit ressentie aussi intensément.

Il n'en reste pas moins vrai que l'atrophie de la muqueuse vaginale qui devient sèche et blanchâtre, voire atrésique, peut être à l'origine d'une dyspareunie authentique, expliquant alors le rejet de la sexualité ; c'est au thérapeute d'y pallier.

Des examens complémentaires permettent de caractériser plus objectivement la phase évolutive quand cela s'avèrera nécessaire ; nous ne ferons que les citer :

- dosage des éliminations hormonales
- frottis vaginaux
- biopsie de l'endomètre
- hystérosalpinpographie

Tous ces examens ne feront pas oublier l'importance du contenu psychoaffectif de la ménopause.

.../...

LES PROBLEMES PSYCHOLOGIQUES POSES PAR LA MENOPAUSE

De tout temps, le cycle menstruel a été investi comme garant de la féminité.

L'utérus est pour la femme un organe capital et, si, comme le souligne FÜNCK-BRENTANO, il est plus rationnel et plus scientifique de substituer "tota mulier in ovario" à l'antique adage "tota mulier in utéro", l'ovaire étant selon lui le véritable organe féminin alors que l'utérus est un organe maternel, dans la croyance populaire, c'est l'utérus qui détermine le caractère cyclique de la vie féminine.

La menstruation est souvent considérée comme une fonction purificatrice, véritable source de vitalité, indispensable au maintien de la santé.

Mais cet conception se modifie : la cessation des règles n'est souvent plus intégrée comme mort sexuelle et la perte de l'ensemble fonctionnel n'est plus synonyme de la perte de la sexualité ; c'est dire l'importance nouvelle que revêt l'évaluation des conséquences psychiques de la ménopause, qu'elle soit naturelle ou artificielle, en tenant compte du milieu social, du niveau de formation, des possibilités de compréhension de la patiente et de son conjoint, en un mot ce que nous pourrions dénommer son âge psychique.

Les nombreux facteurs intervenant au cours de la ménopause font que le praticien est tenté de considérer la ménopause comme un état pathologique passager alors que le concept d' âge critique, bien établi dans le public et qui pourrait aussi s'appliquer à l'homme, paraît plus exact si on l'oppose à la véritable psychopathologie de la ménopause artificielle qui relève plus de la castration que du climatère lui-même.

Il n'existe en effet aucune entité neuro-psychiatrique bien définie de la ménopause physiologique, du fait même de l'imbrication permanente avec le syndrome neuro-végétatif qui s'exprime le plus souvent par l'exagération d'un état particulier préexistant, avoué ou non :

- les troubles caractériels sont le reflet des variations de la thymie,
- l'anxiété se traduit par un sentiment d'insécurité diffus qui peut se somatiser sous la forme de troubles cardio-vasculaires, de spasmes divers, reflets du désordre neuro-végétatif,
- ces différentes formes d'anxiété s'organisent parfois en véritables attitudes névrotiques à forme hystérique, phobique ou obsessionnelle. Ce sont alors des patientes présentant une fragilité particulière dont la simple hypochondrie est l'expression la plus fréquente, pouvant s'exacerber et aboutir à un véritable état dépressif.

.../...

Les troubles sexuels tiennent une large place dans ces problèmes psychologiques :

- l'instinct sexuel peut être diminué, beaucoup plus rarement exacerbé, le risque de grossesse ayant disparu,

- un dérèglement de l'instinct sexuel peut apparaître, éclosion d'une tendance jusqu'alors contenue.

Les psychoses doivent être considérées comme la décomposition d'états latents ; la ménopause ne jouerait alors qu'un rôle de facteur déclenchant au même titre que n'importe quel autre stress psychique.

Dans tous les cas, il paraît conforme à la meilleure pratique psychosomatique d'apprécier ces troubles ménopausiques de façon holistique, synthétisant ainsi les problèmes organiques, psychologiques et sociaux de chaque cas.

II - LES CONSEQUENCES DE L'OVARIECTOMIE BILATERALE

Nous envisageons la castration chirurgicale, éliminant de notre propos la castration par irradiations, souvent incomplète, où les interprétations histologiques et hormonales sont trop sujettes à caution.

Soulignons que l'ovariectomie bilatérale se place dans un contexte différent de celui de la ménopause physiologique : elle survient pour supprimer un état pathologique antérieur ; ne nous étonnons donc pas que beaucoup de femmes se trouvent améliorées considérablement par la castration ; en fait, c'est l'hystérectomie qui les soulage vraiment.

L'hystérectomie est une intervention fréquente et la petite quantité de travaux sur les conséquences de l'ovariectomie bilatérale étonne. C'est par leur connaissance que se dessinera l'attitude du chirurgien qui, tantôt va aborder les problèmes posés, tantôt va se dérober, créant selon les observateurs psychiatres des situations très différentes chez les patientes. Le chirurgien, se plaçant dans une attitude psychosomatique doit être non seulement explicite, mais plus, explicatif dans son entretien pré-opératoire et post-opératoire.

LES CONSTATATIONS HISTOLOGIQUES et HORMONALES

La castration complète, dans le cadre d'une hystérectomie entraîne une carence brutale en oestrogènes et provoque avec un retard et une intensité variable, diverses modifications au niveau des récepteurs restants :

- une tendance régressive de la secrétion de l'appareil vulvo-vaginal avec une disparition de l'acidité du milieu vaginal,

- une atrophie et une dépigmentation des petites lèvres ; la muqueuse devient sèche, brillante, amincie,

- les frottis ne montrent que des cellules basales ; ces phénomènes sont responsables de la dyspareunie,

- au niveau des seins, constatation accessoire : les mamelons se dépigmentent.

Du point de vue histologique, les modifications hypophysaires donnent "une image bien réelle du potentiel réactionnel de la glande pituitaire" que l'on oppose avec HERVE "au mystère qui entoure l'insensibilité ovarienne progressive" :

- le nombre de cellules alpha et gamma diminue,

- les cellules bêta augmentent (cellules de castration).

Le potentiel réactionnel de l'hypophyse possède également une expression biologique hormonale :

- l'hypersecrétion de F S H dans les urines (50 à 120 unités souris, voire plus), pendant parfois de nombreuses années, résulte de l'hyperproduction d'hormone gonadotrope libérée de son système freinateur que constituaient les oestrogènes. Cliniquement, la bouffée de chaleur en est la traduction.

Il faut néanmoins noter avec JAYLE qu'il est des cas, bien que peu nombreux, où, malgré l'ancienneté de la castration, il n'existe aucun trouble, ce qu'il attribue à la secrétion persistante d'oestrogènes par augmentation compensatrice de la secrétion du cortex surrénalien. Les frottis vaginaux montrent dans ces cas, un pourcentage normal de cellules kératinisées.
Curieusement, des manifestations vaso-motrices apparaissent alors quelquefois à l'âge présumé normal de la ménopause ; ne nous hâtons pas pour autant de conclure qu'un tel bouleversement endocrinien soit sans importance. Mais la suppression de la fonction hormonale endocrine est probablement moins importante que la répercussion qu'entraîne cette suppression au niveau diencéphalique.

.../...

LES CONSTATATIONS CLINIQUES GYNECOLOGIQUES

Nous nous rapportons pour une part aux résultats d'une enquête systématique menée à la clinique gynécologique de BROCA, sous l'égide de FÜNCK-BRENTANO, à propos des troubles secondaires à la castration.

TROUBLES TROPHIQUES

- la dilatation vaginale au spéculum est, pour la plupart des femmes, normale, sauf si elles ont plus de quarante ans et des rapports sexuels peu fréquents, éventualité pourtant non retrouvée pour un petit nombre,

- plus d'un quart des malades présente une vaginite avec parfois prurit intense, pouvant céder à l'oestrogénothérapie locale,

- les hémorragies vaginales ne semblent pas plus fréquentes ; quand il s'agit d'un col restant, elles sont le plus souvent dues aux rapports sexuels lorsque l'atrophie muqueuse est marquée. Dans tous les cas, un examen minutieux s'impose.

TROUBLES URINAIRES

Une malade sur dix présente une pollakiurie avec impériosité alors que l'appareil urinaire dans son ensemble est normal(mais beaucoup ont en même temps une vaginite).

TROUBLES NEURO-VEGETATIFS

Les bouffées de chaleur, que l'hormonothérapie tente de minimiser, sont particulièrement fréquentes ; elles sont moins précoces pour MORICARD M. que pour FÜNCK-BRENTANO qui les trouve pratiquement toujours immédiates, exceptionnellement retardées, s'expliquant alors par un relais surrénalien qui s'épuise bientôt.

Dans tous les cas, elles sont plus fréquentes après castration (82 à 89% suivant FÜNCK-BRENTANO ; 85% selon TRAISSAC) qu'après la ménopause physiologique.

TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES

- des palpitations accompagnent habituellement les bouffées de chaleur,

.../...

- la castration crée un terrain favorable à l'hypertension car la suppression de la fonction ovarienne libère l'axe diencéphalo-hypophysaire et trois excitations peuvent en résulter :

  .sympathique et corticale provoquant une hypertension surajoutée,

  .cortico-surrénalienne par l'intermédiaire de l'ACTH entraînant une hypertension avec hypercorticisme,

  .accessoirement médullo-surrénalienne comme le prouve l'élévation des V M A (acide vanilo-mandélique) mise en évidence par PUECH.

- reste le problème de l'athéro-sclérose :
  dans une statistique portant sur deux groupes de plus de quatre cents femmes (HIGANO N., ROBINSON RW. et COHEN D.), on note une augmentation des maladies cardio-vasculaires chez les femmes ayant subi une castration bilatérale précoce, quatre fois supérieure à celle du groupe témoin.

  Pour DAUX, les troubles coronariens sont d'autant plus fréquents que la ménopause a été précoce.

  COCHRAM R. et GWUMP G. relèvent que sur 29 femmes ayant eu un infarctus, près de la moitié avait subi une ménopause chirurgicale.

  Il est donc indéniable que les troubles coronariens menacent plus la femme castrée que les autres ; l'administration d'oestrogènes semble entraîner une apparente protection contre les maladies cardio-vasculaires chez les femmes castrées.

TROUBLES du METABOLISME des GRAISSES

L'adiposité post-castrale n'est pas constante; l'obésité, si fréquemment observée, semble sans rapport avec la cessation des secrétions hormonales sexuelles ; dans la majorité des cas, elle relève d'une mauvaise hygiène alimentaire et correspond souvent à une compensation alimentaire d'une carence affective ou sexuelle.

TROUBLES RHUMATOLOGIQUES

Ils semblent plus en rapport avec le vieillissement qu'avec la castration elle-même. DALSACE, dans sa thèse, signale des phénomènes douloureux au niveau des membres que nous hésitons encore à inclure dans le cadre des syndromes algo-dystrophiques des membres consécutifs à une hystérectomie ; les douleurs sont plus souvent dues à un trouble du métabolisme du calcium, entraînant une ostéoporose par persistance de la secrétion de cortisol alors que les hormones génitales ont chuté.
Les cervicalgies ou les lombalgies annoncent souvent une décalcification vertébrale globale.

.../...

A l'inverse, en consultation de gynécologie, une étiologie vertébrale à des douleurs abdominales ou pelviennes est fréquemment retrouvée.

DE SEZE a d'ailleurs décrit un syndrome douloureux vertébral tropho-statique : douleurs rachidiennes, obésité, relâchement musculo-ligamentaire. La prescription de calcium et d'anabolisants est souvent indispensable.

LES TROUBLES PSYCHIQUES enfin, ne peuvent être méconnus :

la castration est beaucoup plus traumatisante qu'une ménopause normale ; l'acte opératoire à lui seul constitue déjà un traumatisme psychique.

LES CONSEQUENCES PSYCHIQUES de la CASTRATION

Une intervention chirurgicale supprimant radicalement un organe aussi chargé affectivement que l'utérus peut entraîner des troubles graves et d'autant plus graves que l'on se trouve en présence d'un terrain psychique prédisposé, en effet :

- elle s'inscrit dans le cadre d'un état pathologique,

- elle implique l'entrée en scène du chirurgien, qui comme le dit LERICHE, fait "un acte d'autorité sur le destin" ; à lui de ne pas faire ressentir par la malade l'intervention comme un "viol de la personnalité" en adoptant une attitude conforme à la connaissance psychologique de sa patiente qu'il ne peut prétendre acquérir que par une observation complète "psycho-somato-sociale" comme le souhaite notre Maître, J.M. COLDEFY.

Les rapporteurs du XVIIIème Congrès de la Fédération Française de Gynécologie et d'Obstétrique, affirment que dans 47 % des cas, l'hystérectomie avec castration bilatérale entraîne des troubles importants qui modifient profondément la vie familiale et sociale des opérées.

L'aptitude au travail est dans 41 % des cas indiscutablement diminuée par rapport à un potentiel antérieur déjà entamé par l'état pathologique ; il faut pourtant noter que les femmes à grande responsabilité sociale si elles ont une activité décrue sur le plan professionnel, n'ont pas de diminution de l'activité sexuelle.

JAYLE insiste sur la fréquence de la perte de mémoire, et il retrouve une difficulté à l'effort intellectuel dans 3/4 des cas.

Une étude comparative de D. MENZER et coll. permet de distinguer trois groupes de malades selon les réactions après hystérectomie avec ovariectomie bilatérale :

- dans le premier groupe, les malades ne s'apitoient guère sur leur sort et leurs fonctions somatiques restent normales,

- dans le deuxième groupe, on observe de nombreuses variations de l'humeur qui ne sont pas totalement justifiées par l'importance des symptômes physiques ; elles vont jusqu'à comparer la perte de l'utérus à un accouchement, mais où les souffrances ne sont suivies d'aucune récompense, ce qui les laisse frustrées et désireuses d'obtenir un soutien psychothérapique qu'elles réclament volontiers. Nombreuses, en effet, sont celles qui se plaignent d'abandon post-opératoire,

.../...

- dans le troisième groupe qui comprend le plus de femmes déjà ménopausées, l'anxiété et la dépression sont de rigueur ;
un sentiment d'injustice encore plus intense semble intervenir, l'hystérectomie étant rendue nécessaire par une affection touchant un ensemble qui, pour elles, n'est plus fonctionnel et qui, selon leur logique, ne devrait plus faire parler de lui.

Il importe donc de déceler par une connaissance précise de la personnalité de la femme, les réactions émotionnelles possibles afin de prévoir, et partant de traiter lès troubles que peut engendrer cette agression chirurgicale.

MONTASSUT, outre le syndrome ménopausique classique qu'il constate chez la totalité des femmes hystérectomisées, individualise un syndrome mélancolique mineur où le pessimisme avoisine le dégoût de la vie, voire le désir de la mort pendant une période d'une semaine environ après l'intervention ; celui-ci réapparaît périodiquement tous les mois ce qui serait pour lui, l'expression du maintien d'un rythme hypophysaire.

MELODY souligne de même que l'on retrouve chez les femmes hystérectomisées présentant un véritable syndrome dépressif, une instabilité émotionnelle où la réaction dépressive est une réponse à la situation conflictuelle dans laquelle la femme s'est trouvée plongée.

Le chirurgien, le psychiatre et le psychologue sont donc d'accord pour reconnaître les troubles de la personnalité en rapport avec l'hystérectomie et l'ovariectomie :

- si les psychoses sont rares en dehors d'un terrain prédisposé, les troubles d'aspect névrotique sont beaucoup plus nombreux,

- les troubles psychiques semblent être selon la plupart des auteurs d'autant plus graves qu'on est plus éloigné de l'âge du climatère ; pourtant sur le plan hormonal, plus la femme est jeune mieux elle supporte la castration,

- le terrain doit jouer un rôle majeur dans le choix des indications chirurgicales ;
chez une femme sujette à des troubles d'aspect névrotique, l'hystérectomie avec ovariectomie pratiquée dans un but thérapeutique est vouée à l'échec. Pour LEMPERIERE, chez des malades psychiatriques, 80% des dépressions réactionnelles après castration sont d'ordre mélancolique ; parmi les 20% restant, prédominent les accès confusionnels ou maniaques ; d'après LEMPERIERE, il faut donc être particulièrement réservé dans les interventions chez les femmes ayant un passé psychiatrique en insistant surtout sur les interventions fréquemment abusives chez les hystériques.

Nous avons vu les conséquences, tant sur le plan somatique que psychique de la ménopause, qu'elle soit naturelle ou artificielle, il nous faut établir un choix dans l'attitude à tenir : Faut-il ou non conserver les ovaires au cours d'une hystérectomie ?

Cette décision doit appartenir au chirurgien en tant que chef d'équipe.

.../...

III - DE L'OPPORTUNITE DE LA CONSERVATION OVARIENNE AU COURS DES HYSTERECTOMIES

Naturellement la conservation ovarienne ne peut se discuter que si un ou deux ovaires sont apparemment sains et si les trompes sont indemnes de tout processus infectieux ; il est des contre-indications de la conservation annexielle que l'on ne peut transgresser.

LES CONTRE-INDICATIONS DE LA CONSERVATION OVARIENNE

LE CANCER UTERIN

- l'épithélioma invasif du corps utérin contre-indique toute idée de conservation ovarienne étant donné que dans 15% des cas existe une double localisation au corps et à l'ovaire,

- dans le cancer du col, on ne constate jamais d'atteinte ovarienne comme le souligne ROBERT étant donné qu'on pratique une radiothérapie avant et que dans tous les cas, les ovaires sont morts,

- le cancer intraépithélial du col est un cas particulier ; dans tous les cas, le traitement doit s'efforcer d'enlever la totalité de la lésion.

Selon VARANGOT :

.après quarante ans, l'opération de sécurité est l'hystérectomie totale avec ou sans conservation des annexes,

.chez les femmes plus jeunes :

- soit simple conisation poussée haut dans le canal cervical suivie d'une surveillance cytologique prolongée et si des lésions sont retrouvées jusqu'aux bords supérieurs, il faut recourir à des méthodes plus radicales,

- soit amputation supra-vaginale du col, enlevant tout le canal cervical, mais elle ne préserve pas l'avenir obstétrical de ces femmes comme le fait la conisation.

De toute façon, les femmes soumises à un traitement conservateur doivent se plier à une surveillance de longue durée, ce qui amène souvent, si le terrain n'est pas favorable à l'attitude de sécurité carcinologique qu'est l'hystérectomie.

longue FÜNCK-BRENTANO, par prudence, arguant de la fréquence, à plus ou moins/échéance de la transformation de stade pré-invasif en invasif, préconisait l'hystérectomie totale avec ablation d'une large colerette vaginale mais conservation des ovaires.

ROBERT, quant à lui, affirme que les cancers intra-épithéliaux du col ne doivent pas entraîner une castration ; en principe, il n'enlève pas les ovaires dans les cancers non invasifs du col, car aux stades où les cancers du col sont opérables, il n'y a pratiquement pas de métastases ovariennes ni tubaires.

.../...

LE CANCER DU SEIN

Dans certains cancers du sein, la castration est d'autant plus indiquée que la femme est plus jeune étant donné la grande dépendance hormonale de ce cancer ; il importe donc toujours de faire pratiquer des dosages hormonaux. On en veut pour preuve cette observation de HUGUIER qui, ayant pratiqué chez une femme de 75 ans ménopausée depuis 20 ans, une hystérectomie totale avec ovariectomie bilatérale pour cancer du corps utérin, eut la surprise de constater que la patiente présentait tous les symptômes de la ménopause.

Rappelons à ce propos la prudence avec laquelle le chirurgien doit se comporter vis-à-vis d'une tumeur du sein ; REYNIER J. souligne d'ailleurs "qu'on ne peut prétendre guérir une malade aussi sensible à l'interprétation psychologique que le cancer du sein, en ignorant la malade ; le praticien doit passer avec sa patiente un contrat de confiance".

L'ENDOMETRIOSE

Elle constitue une contre-indication relative ; l'endométriose utérine isolée ne doit pas contre-indiquer la conservation ovarienne.
Il est plus difficile de trancher un cas d'endométriose pelvienne ou ovarienne ; MAGENDIE, BRUN et SENEGAS signalent des cas où, bien qu'ayant constaté de rares nodules violacés sur le péritoine pelvien et même, chez une patiente, une cicatrice blanchâtre déprimée sur un ovaire, il n'avait été pratiqué qu'une hystérectomie et les douleurs du bas ventre avaient disparu.
FÜNCK-BRENTANO ne pratiquait l'ovariectomie que dans le cas d'une localisation digestive à type d'endométriome du grêle ou du colon sigmoïde susceptible d'entraîner assez rapidement une occlusion.

ATTEINTE DE LA TROMPE

Avant l'ère des antibiotiques, les infections salpingiennes conduisaient au sacrifice des ovaires même chez des femmes jeunes ; bien souvent en effet, lorsqu'on s'efforçait de garder les deux ovaires, on avait la surprise de se trouver en présence dans les suites d'un abcès ovarien se manifestant par un train fébrile ondulant sur fond douloureux et obligeant à réintervenir.

Depuis l'ère des antibiotiques, rien ne s'opposerait en soi, à la conservation des ovaires mais les modifications de vascularisation difficilement évitables pour l'ovaire en cas de salpingectomie font, qu'en pratique, la conservation ovarienne isolée ne peut guère se défendre que chez une femme jeune et, surtout s'il s'agit d'un hydrosalpinx banal ; subsiste néanmoins, le risque de dégénérescence kystique de l'ovaire restant, risque d'ailleurs mis en doute par ROBERT.
En cas de pyosalpinx, malgré l'apparence normale des ovaires, il paraît vain de tenter une conservation en raison du risque d'abcès ovarien.

.../...

KYSTES DE L'OVAIRE

La conservation d'un seul ovaire n'expose pas à beaucoup de risques à condition que la trompe homolatérale soit indemne ; par contre la conservation d'un ovaire privé de sa trompe oblige à la réintervention pour kyste entre un et dix ans après l'opération initiale dans 25% des cas.
La constatation d'un kyste dermoïde oblige pratiquement à l'exérèse homo et contro-latérale car il est le plus souvent bilatéral.
Dans tous les cas, l'existence de végétations extra ou intra-kystiques indique formellement l'ablation du côté opposé même apparemment sain.

Selon NETTER, il est incontestable que l'on a tort d'opérer les malades atteints de dystrophie ovarienne. Sans doute les résultats de l'intervention peuvent-ils être satisfaisants, notamment lorsque l'ovaire restant est sain. Par contre, lorsque cet ovaire est "malade", l'ovariectomie unilatérale est suivie de troubles importants.

Rappelons cette phrase de J.L. FAURE : "Nous sommes tous d'accord sur l'utilité de conserver les ovaires sains, mais la difficulté commence lorsqu'il s'agit de savoir si un ovaire est ou n'est pas normal". L'hésitation de J.L. FAURE garde toute sa valeur non seulement pour l'opérateur mais même, dans certains cas, pour l'histologiste.

DYSTROPHIE POLYKYSTIQUE DES OVAIRES

C'est le type même de l'affection psycho-somatique où les interventions sont maintes fois abusives. Pour AMELINE et HUGUIER, le diagnostic ne peut être que per opératoire.

Il faut maintenant tenir compte de la coelioscopie, mais leur refus d'admettre le bilan biologique pré-opératoire comme suffisamment valable garde sa valeur. L'abstention dans tous les cas semble être de règle, du moins pour le chirurgien, car en cas de syndrome douloureux périodique, un traitement médical est de mise. Ce n'est qu'en cas d'échec de ce traitement médical et hormonal que l'intervention chirurgicale peut être envisagée. Dans quelques cas, le traitement par l'hormone mâle a pu être efficace mais les meilleurs résultats thérapeutiques sont obtenus par la progestérone ou les composés synthétiques analogues administrés pendant la deuxième partie du cycle en associant quelques petites quantités d'oestrogènes.

Dans les cas où une intervention chirurgicale est décidée, les freinateurs hypophysaires peuvent être utiles, encore que d'efficacité modérée.

D'une façon générale, on ne saurait trop conseiller la prudence et n'intervenir que la main forcée ; dans ce cas, il faut avoir pour règle d'être conservateur au maximum. De toute façon, les dystrophies ovariennes sont compatibles avec un long équilibre hormonal.

.../...

L'AGE DE LA MALADE

Certains, même parmi ceux réputés conservateurs, ont tendance à reculer devant le risque au-delà de 45 ans d'une localisation cancéreuse. Pourtant, très rares sont ceux qui affirment qu'il est inutile et dangereux de garder les ovaires, encore que, comme le souligne HUGUIER, 50% des femmes d'âge ménopausique n'ont pas de troubles de la castration après l'opération. Le danger de dégénérescence néoplasique reste à redouter, mais est en fait minime.

Rien n'est moins prouvé que l'inutilité de conserver les ovaires, car le thèque interne de l'ovaire fonctionne quelquefois encore plusieurs années après la ménopause, comme tendent à le prouver les poussées d'hyperfolliculinie tardive. En outre, le respect des ovaires est justifié par l'impossibilité de préjuger de la date de survenue exacte de la ménopause qui s'étage normalement de 46 à 55 ans, ignorants que nous sommes de leur action endocrine exacte après la ménopause et de l'étroitesse des relations hypothalamo-hypophyso-ovariennes, passé cette période critique.

PAPIERNICK_ BERKNAUER soulignent que d'après des travaux récents menés par de NEEF et HOLLENBECK, dans tous les cas, les troubles climatériques sont plus fréquents quand un seul ovaire est laissé en place que lorsque les deux le sont ; dans l'ensemble, la fonction d'ovulation semble protégée mais il est encore peu d'études à ce sujet.

Remarquons néanmoins que les femmes castrées en pleine période d'activité génitale réalisent plus aisément et rapidement leur suppléance hormonale ; elle voient disparaître leurs troubles initiaux, spontanément et complètement pendant de longues années jusqu'au moment du retour d'âge où les phénomènes de la véritable ménopause se dérouleront comme à l'accoutumée.
Il semble donc que plus la femme est jeune, mieux elle supporte la castration.

Au total, les attitudes chirurgicales paraissent particulièrement difficiles à codifier en théorie si l'on se réfère à l'âge de la malade.

LES CONDITIONS CHIRURGICALES POUR LA REALISATION

DE LA CONSERVATION OVARIENNE

Reprenons avec ROUX et MOCQUOT les grands principes qui président à toute idée de conservation ovarienne :

- Absence de tout processus néoplasique malin au niveau des organes génitaux internes - en ayant bien entendu également éliminé un cancer du sein,

- Absence d'infection tubaire spécifique ou non,

- Respect absolu du mésosalpinx.

Nous avons vu précédemment les deux premiers principes ; nous traiterons ici particulièrement du problème qui revient au chirurgien en tant que technicien : le respect du mésosalpinx.

Les travaux de MOCQUOT et ROUVILLOIS ont permis par injection du système artériel, tantôt par l'utérine tantôt par l'ilio-ovarienne, de dégager les grandes variantes de la vascularisation artérielle :

- prédominance habituelle du système de l'artère utérine,

- constance d'une arcade vasculaire qui irrigue la trompe et qui est alimentée par trois groupes d'artères tubaires :

  .externe venant de l'ilio-ovarienne
  .interne venant de l'utérine
  .moyenne variable dans sa morphologie, issue de l'utérine

- enfin, trompes et ovaires possèdent deux circulations indépendantes car un seul des organes peut être injecté sans que l'autre le soit.

Certaines observations sont rapportées en outre par SENEGAS qui souligne :

- l'importance de la variation du calibre des artères annexielles en fonction de l'âge ; en particulier l'artère tubo-ovarienne est de calibre excessivement fin aux environs de la ménopause,

- la grande variabilité des artères salpingiennes et notamment de l'artère salpingienne moyenne dont les ramifications parcourent tout le mésosalpinx,

.../...

- la possibilité exceptionnelle d'une anastomose entre le réseau d'irrigation de la trompe et celui des ovaires qui s'expliquerait par le développement de néo-vaisseaux artériolaires dans les adhérences tubo-ovariennes et fonctionnant quand les moignons annexiels ont été suturés au col ou aux angles vaginaux lors de l'hystérectomie,

- le souci du chirurgien doit être de faire porter la ligature du pédicule de la corne utérine aussi près que possible de la corne pour éviter de dévasculariser la partie interne de la trompe. De cette manière, il existe une excellente irrigation de l'ovaire par l'utéro-ovarienne. Selon POUILHES et GAUBERT : "La vascularisation d'un ovaire sain laissé en place n'est pratiquement jamais influencée par l'hystérectomie".

Il ne faut pas non plus méconnaître la circulation veineuse car son altération peut entraîner des thrombo-phlébites pelviennes irréversibles compromettant grandement la circulation ovarienne.

L'indépendance des circulations ovarienne et salpingienne permettrait donc théoriquement de toujours laisser en place un ovaire sain même lorsque la trompe est malade. Or, l'expérience prouve que les mauvais résultats de la conservation ovarienne sont pratiquement toujours consécutifs à des salpingectomies. Nous pensons donc que, même si l'ovaire est sain, le parenchyme ovarien a dû alors subir une altération de sa vascularisation au cours du processus infectieux qui a touché la trompe.

Au total, du point de vue technique chirurgicale, en écartant les contre-indications absolues citées et en dehors des restrictions faites, la conservation ovarienne ne présente pas d'obstacle formel.
Cette opinion est corroborée par la grande majorité des chirurgiens gynécologues, mais bien des chirurgiens "généralistes" pratiquent encore invariablement l'hystérectomie radicale.

Nous conclurons donc avec ROBERT :

1 - Il faut être prudent dans la conservation annexielle aux environs de la ménopause.

2 - La ligature du carrefour de la corne utérine, même à une certaine distance, ne compromet pas la vascularisation de l'ovaire.

3 - Il faut cependant porter la ligature aussi près que possible de la corne, pour éviter de dévasculariser la partie interne de la trompe.

A l'actif de la conservation ovarienne, il faut maintenant apporter des arguments à la fois cliniques et biologiques que l'hormonothérapie substitutive s'efforce d'égaler quand il y a eu castration.

.../...

LES DANGERS DE LA CONSERVATION OVARIENNE

DEGENERESCENCE

Le reproche le plus souvent avance, car le plus grave, est le risque de dégénérescence, soit néoplasique, soit kystique des ovaires restés en place :

- le risque de transformation maligne serait inférieur à 2 pour mille ce qui, comme le souligne FÜNCK-BRENTANO, correspond à la fréquence habituelle du cancer de l'ovaire en général ;

- en ce qui concerne la transformation kystique, on a invoqué la suppression d'une hormone utérine tout à fait hypothétique ; certains conservaient une faible partie de muqueuse utérine pour pallier à cet inconvénient, mais rien ne peut être retenu de sérieux à propos de cette hypothèse.
  Le problème ne peut sérieusement se poser que lors de l'ablation d'un ovaire ou de la réduction du parenchyme ovarien, résection partielle des deux ovaires ou encore ablation d'un ovaire et résection partielle de l'autre ; l'autogreffe ovarienne ne pouvant quant à elle qu'être assimilée à l'inclusion d'un pellet.

On supposerait à priori qu'aucun trouble grave ne devrait résulter de la suppression d'un ovaire ; or, la diminution des secrétions ovariennes retentit sur l'hypophyse qui stimule à son tour l'ovaire restant : celui-ci augmente alors par compensation sans qu'on puisse supposer qu'il va en résulter des troubles. La plupart du temps, ce doit être effectivement le cas ; tous les auteurs reconnaissent la possibilité de douleurs, de développements kystiques qui ont fait décrire le syndrome de l'ovaire unique. La conservation ovarienne bilatérale est donc préférable quand cela est possible.

TROUBLES FONCTIONNELS et DOULEURS PELVIENNES

- Les bouffées de chaleur sont le plus souvent passagères, survenant au moment présumé des règles habituelles, mais sont dans la majorité des cas, très transitoires.

- Les troubles psychiques sont le plus souvent réduits à une modification du caractère, survenant dans l'année qui suit l'intervention. Ils seraient d'ailleurs facilement évitables par une information simple de la malade lui démontrant que les règles ne sont qu'une manifestation accessoire de la féminité ;

.../...

à cet égard, il est significatif que les malades traitées en ville, ayant bénéficié en principe d'une préparation à l'intervention supérieure à leurs semblables de l'hôpital, ne présentent pratiquement jamais de troubles psychiques dans les suites d'une hystérectomie avec conservation ovarienne.

En fait, l'information et la préparation de la malade semble jouer un rôle majeur puisque H. MICHEL - WOLFROMM, à propos de l'hystérectomie avec castration prétend "qu'après avoir écarté les fantômes de l'hirsutisme et de l'obésité, du souci éventuel de descendance ou de l' inadaptation sexuelle, il devient facile de faire accepter à la femme ce nouvel état ... après tout si peu différent du précédent".

- Quant aux dyspareunies, la conservation ovarienne ne peut jouer qu'un rôle bénéfique. Sur une statistique de 500 femmes environ, plus d'un quart ont vu leur potentiel sexuel augmenté alors que pour la plupart, il restait équivalent.

- Les douleurs pelviennes, mis à part le cas de l'ovaire restant, n'obligent jamais à réintervenir ; de tels symptômes sont en effet trop difficiles à authentifier et les douleurs pourraient, au même titre qu'une origine ovarienne, aussi bien en imposer pour une affection digestive, rhumatismale ou même urinaire. Des douleurs semblables et en fréquence égale sont d'ailleurs retrouvées chez les hystérectomisées avec ablation des annexes, mais les ovaires ayant été enlevés, on ne peut plus les incriminer.

Pour certains, la conservation ovarienne gênerait et compliquerait les traitements substitutifs qui s'avèreraient éventuellement nécessaires dans l'avenir ; or il est prouvé que le fonctionnement ovarien se poursuit pendant des années sans que l'apparition de la ménopause soit modifiée dans ses modalités et ses délais et l'expérience prouve que les troubles de la ménopause sont notablement mieux supportés et plus facilement corrigés que ceux de la castration chirurgicale.

La conservation ovarienne paraît donc être idéale et ses résultats ne peuvent que contribuer à faire valoir les mérites d'une attitude radicalement économe vis-à-vis des ovaires d'autant plus que ses avantages sont encore nombreux.

.../...

LES BIENFAITS DE LA CONSERVATION OVARIENNE COMPARES

à L'HORMONOTHERAPIE SUBSTITUTIVE

Les différents examens gynécologiques cliniques et biologiques viennent le plus souvent corroborer la réussite du point de vue social et sexuel de la conservation ovarienne :

- la ménopause est souvent redoutée car elle va modifier une morphologie, ce qu'exagère fréquemment une recherche compensatoire dans l'alimentation. La conservation ovarienne, garant d'un bon équilibre hormonal, prolonge une bonne insertion sociale en écartant le fantôme de l'obésité et d'une poussée pilaire excessive.

- la vie sexuelle n'est en rien modifiée ; souvent elle est améliorée, l'hystérectomie supprimant toute crainte de maternité et parfois une cause utérine de dyspareunie.

- l'apparition des bouffées de chaleur et des sueurs peut être avancée par rapport à la date présumée normale de la ménopause, mais elle peut être retardée ; il est néanmoins toujours bénéfique que l'intervention en elle-même ne puisse être incriminée.

- la persistance d'un syndrome prémenstruel rassure parfois car il garde sa valeur de féminité.

- en ce qui concerne la force et l'aptitude au travail, dans une étude comparative de MINTZ, le contraste est frappant entre les hystérectomisées avec conservation ovarienne, dont une seule accuse un net affaiblissement concordant avec l'intervention, et les castrées qui affirment accuser une diminution notable de force, alors que presque toutes sont régulièrement traitées et bien soulagées de leurs troubles neuro-végétatifs. Cette constatation corrobore celle de TRAISSAC au Xème Congrès de Gynécologie en 1956. Mais encore faut-il admettre que cette castration ne constitue pas un alibi, car d'autres avancent que les femmes à grande responsabilité sociale ont souvent une activité accrue après la castration et pas de diminution de l'activité sexuelle.

Le praticien peut d'ailleurs apporter des preuves plus scientifiques s'il en est besoin :

- la température basale conserve un aspect cyclique,

.../...

- l'étude des frottis vaginaux confirme cette activité cyclique et la persistance de la stimulation de la muqueuse vaginale par les hormones ovariennes encore qu'il ne faille pas oublier que les femmes castrées ou ménopausées peuvent montrer des signes oestrogéniques (44,8 %),

- s'il existe le plus souvent une hyperfolliculinie après hystérectomie, le taux d'élimination urinaire des gonadotrophines, du prégnandiol et des 17 cétostéroïdes n'est pas modifié (GOMES de SILVEIRA),

- les courbes colpocytologiques sont semblables à celles établies avant l'intervention,

- le dosage des F S H enfin est normal, ce qui n'est jamais le cas dans la castration.

Les avantages de la conservation ovarienne sont donc sensibles si on les oppose aux troubles causés par la castration, mais le désordre endocrinien ne peut-il être surmonté par une thérapeutique hormonale substitutive sans parler des thérapeutiques non hormonales dont l'efficacité dans certains cas met l'accent sur la composante fonctionnelle des troubles (bêta-alanine - sulpiride) ?

MORICARD, qui constate l'apparition des bouffées de chaleur dans la moitié des cas, pense que l'état psychologique de la femme intervient dans l'existence et le renouvellement du phénomène : lorsqu'avant l'intervention existait un équilibre psychosomatique normal, on voit généralement disparaître les bouffées de chaleur en six mois avec une hormonothérapie périodique discontinue et progressivement décroissante.

L'hormonothérapie discontinue et périodique permet plus de souplesse :

.les androgènes, un temps à l'honneur, présentent l'inconvénient majeur de développer une pilosité excessive risquant d'écarter toute acceptation du traitement d'autant plus que la disparition des oestrogènes donne la prépondérance aux androgènes cortico-surrénaliens.

.l'axe thérapeutique actuel orienté vers les oestrogènes dans l'espoir de retarder l'involution sénile :

- les hormones de synthèse donnent parfois lieu à des intolérances digestives qui ne doivent pas faire persister dans leur emploi, mais celles-ci sont de plus en plus rares ;
- le risque de cancérisation est nul d'après JAYLE, mais ne dispense pourtant pas d'une surveillance gynécologique sans omettre la surveillance des seins ;

/

outre le cancer, il ne faut pas non plus méconnaître les effets de cette thérapeutique sur les seins des femmes sujettes aux dystrophies ;

- l'éthinyl-oestradiol à doses filées vingt jours par mois, à la dose de 10 à 50 gamma par voie orale, par prise quotidienne et avec cure de plusieurs mois voire plusieurs années, nécessite une surveillance clinique périodique et un contrôle biologique pour adapter les besoins ;

- l'association pendant 10 jours d'un oestrogène, puis pendant 10 jours d'un oestroprogestatif paraît plus indiqués dans les ménopauses précoces ;

- les oestrogènes retard, oestradiol retard à 10 mg en intramusculaire, trouvent ici leur meilleure indication puisque le récepteur utérin n'est plus présent et que par conséquent, les complications hémorragiques dues à ces médications retard ne sont plus à craindre. Ce serait loin d'être le cas lors d'une oestrogénothérapie prolongée chez une femme ayant subi une hystérectomie subtotale où le col serait à surveiller.

Dans tous les cas, il faut veiller à la permanence du traitement tant qu'il s'avère nécessaire, par des prescriptions claires, contrôlées en n'hésitant pourtant pas à prévenir que les effets thérapeutiques sont souvent plus préventifs que curatifs.

Ainsi concluons-nous avec de GENNES L. et TOURNEUR R. que "si l'aspect endocrinien de l'ovariectomie est une difficulté ordinairement accessible à la thérapeutique grâce à la richesse de l'armement médicamenteux, le traitement n'en reste pas moins difficile à conduire et plus encore que dans d'autres états, nécessitant une thérapeutique de longue durée ; l'aide de la psychothérapie constamment adaptée est nécessaire ; bien des échecs sont liés à des erreurs dans la conduite du traitement et plus encore dans le domaine psychologique".

.../...

IV - LE CHOIX D'UNE ATTITUDE PSYCHOSOMATIQUE

NECESSITE DE LA FORMATION PSYCHOSOMATIQUE DU CHIRURGIEN

Il appartient au chirurgien d'adopter une attitude aussi réconfortante et aussi compréhensive que possible, bien proche de l'attitude psychosomatique, comme on le demande au médecin ou au gynécologue chargé de suivre une opérée.

Nous constatons en effet avec quel effroi la décision d'un acte chirurgical est accueillie le plus souvent par la malade. Un peu d'anxiété suffit alors pour que le moi soit vit submergé et que s'installe le traumatisme psychique.
Comme le disait FIOLLE, l'intervention est alors ressentie comme un "véritable viol de la personnalité". Cette expression prend toute son acuité quand il s'agit de la suppression d'un ensemble fonctionnel tel que celui dont nous parlons.

L'utérus et le cortège de manifestations dont il est investi concourt dans l'esprit de la femme à l'obtention d'une satisfaction instinctuelle où le plaisir sexuel joue certainement la plus grande place. Un mauvais épanouissement de cette satisfaction situe la patiente dans un conflit non plus vis-à-vis de ses parents, comme cela a pu être le cas dans son enfance du fait de son immaturité, mais vis-à-vis du mari.

Par ailleurs, la suppression de l'organe reconnu comme source de plaisir, peut être interprétée, consciemment ou non, comme un châtiment et être alors le point de départ de troubles névropathiques.

Le chirurgien devrait donc, comme lui conseille notre Maître COLDEFY J.M., adopter une attitude psychosomatique dès la prise en charge de la malade, conscient que la "maladie opératoire" débute bien avant l'intervention elle-même. Seule une observation complète "psycho-somato-sociale" peut permettre au chirurgien d'entrevoir la structure dynamique psycho-affective, normale ou pathologique sur laquelle s'appuie la personnalité de la patiente pour mener sa lutte contre l'angoisse de l"opération", qu'il faut savoir déceler parfois sous le masque d'une apparente fanfaronnade.

.../...

C'est ainsi que même en dehors des cas où les troubles somatiques pourraient être attribués à des troubles mentaux indéniables, il paraît profitable qu'intervienne un psychiâtre ou un psychologue afin d'aider le chirurgien à distinguer ce qui est véritablement organique de ce qui peut être considéré comme psycho-somatique ; si l'indication de l'intervention est posée, celle-ci peut alors être présentée à la malade avec le minimum de risques et le maximum de bienfaits, évitant ainsi les accidents psycho-névrotiques post-opératoires, qu'ils soient "mineurs" ou "caractérisés".

Une attitude rigide et radicale en toutes circonstances est bien tentante pour le chirurgien car c'est la plus facile, mais nous pensons que cette attitude doit s'adapter à chaque cas, du moins dans les formes, tout à fait d'accord avec AMELINE A. qui avance :

"Je pense qu'une enquête psycho-somatique un peu poussée, permet de détecter les malades à qui on peut mentir et dans les deux sens :

- je vous ai conservé les ovaires alors qu'on ne l'a pas fait.

- vous avez eu une "totale" sans parler de conservation réalisée.

Il est toujours temps de réaliser le choc psychologique de la vérité".

NECESSITE D'UN ABORD PSYCHO-SOMATIQUE

Reconnaissons que les difficultés post-opératoires échappent, bien souvent, à la grande majorité des chirurgiens et c'est habituellement le médecin de famille qui reçoit les doléances de l'opérée ; celui-ci suffit dans bien des cas, mais des explications préalables plus complètes, n'excluant pas le mari, pourraient éviter bien des méprises.

LES EXPLICATIONS PREALABLES

Nous pensons qu'il existe aussi bien deux sortes de chirurgiens que de malades : le chirurgien qui aborde les problèmes inhérents à l'intervention et celui qui se dérobe ; de même pour la patiente.

Souhaitons que l'un rencontre l'autre afin que chacun puisse s'engager dans une conduite définie avec plus de clarté. Des explications préalables sont en effet nécessaires, en particulier sur certains points :

Les règles

.Il faut préciser que les menstruations ne surviendront plus ; on en veut pour preuve cette malade qui attendait avec impatience le retour de ses "règles" après une hystérectomie comme s'il s'agissait d'un accouchement. A l'inverse, certaines seront satisfaites d'être débarrassées de saignements prolongés qui entravaient leur vie génitale. D'où la nécessité d'être explicatif.

La perte de la fonction de reproduction

.Certaines accueillent l'annonce de cette stérilité comme une libération sexuelle mais il s'avère que même les femmes qui ne désiraient pas d'enfants, considèrent néanmoins la perte de l'utérus comme un signe de mort.
D'autres pensent même qu'à la suite de l'intervention, elles n'auront plus de vagin et distinguer la sexualité des problèmes gynécologiques nous paraît essentiel. C'est introduire la notion de réussite sur le plan familial et le mari entre inévitablement en scène. A quoi bon en effet, se lancer dans des interventions complexes permettant une vie génitale si elle était inexistante antérieurement ?

.../...

/La sexualité/

.Elle implique la présence du partenaire et l'entretien en présence ou non du mari sur ce sujet est nécessaire.
Il est indéniable que si le couple est uni auparavant, tout se passe fort bien, alors que si le couple est médiocre, l'intervention sera dans bon nombre de cas, une source de conflits. Souvent, pour HUGUIER, les troubles de castration sont majorés ; ils constituent une sorte d'alibi que seules les femmes peuvent invoquer comme prétexte pour précipiter une rupture qui était imminente.

Par ailleurs, l'intervention peut être l'occasion de la naissance d'une fausse image du corps de la femme vécue par le mari ; l'épouse est alors délaissée et le mari entretient dans son esprit l'idée qu'elle n'est plus une femme.

D'autres encore, quand il s'agit d'une castration pour cancer, s'éloignent par dégoût, de peur d'être contaminés...

COLMEIRO-LAFORET constate une absence d'orgasme dans 20 % des cas et admet que la frigidité secondaire dépend plus de facteurs psychologiques que de raisons anatomiques.

DALTON pense que la crainte d'une éventuelle grossesse joue dans le plaisir sexuel en particulier chez les femmes ayant une connaissance insuffisante des mesures contraceptives ; le geste radical du chirurgien libérerait définitivement la conscience en supprimant tout sentiment de culpabilité engendré par les thérapeutiques anticonceptionnelles quand la morale chrétienne contrôle la vie sexuelle.

L'information de la femme mais aussi du partenaire est donc indispensable car l'amour, même physique, est dans une large mesure le triomphe de l'imagination.

/La conservation des ovaires/

.Il est du ressort du chirurgien de faire ce choix, car la femme ne comprend pas bien la fonction des ovaires ; il doit la lui expliquer.

Les ovaires étant des organes cachés, elle s'en préoccupe moins car leur ablation ne modifie pas, en apparence, sa morphologie. Dans l'immédiat, on sait qu'il est beaucoup plus facile de faire accepter l'ablation des ovaires que celui d'un sein. Comme le dit HUGUIER : "si les ovaires étaient dans des bourses, ça ne se passerait pas comme ça".

Quand cela est possible, le chirurgien doit donc affirmer à la malade qu'il a pu conserver la fonction ovarienne intacte. Comme le dit MICHEL - WOLFROMM H. : "Avant de castrer une femme, il faut toujours lui dire : ne vous inquiétez pas, vous serez une femme après comme avant".

.../...

Il faut donc donner l'impression du plus grand respect de l'intégrité de la personne. Ceci est important aux yeux des psychanalistes car la femme est, d'après eux, désavantagée en ce qui concerne les organes génitaux : ceux-ci étant invisibles, elle ne peut vérifier que ses fantasmes n'ont pas été effectifs.

Il est évident que les explications préalables s'adapteront au terrain.

/Importance du terrain/

.Une étude clinique systématique a été faite par BORDELEAU J.M. et MARTEL P. sur un groupe de 30 femmes ayant été hystérectomisées entre 22 et 35 ans sans qu'il y ait eu conservation ovarienne : les antécédents familiaux révèlaient dans la quasi totalité des cas, un cadre familial rigide où la sexualité n'avait d'autre place que celle d'un tabou ; l'adaptation à la vie sexuelle normale était incomplète et la frigidité constante. Dans ces conditions, la "grande opération" n'a été à l'origine que de troubles mineurs paraissant tout à fait hors de proportions avec l'importance de l'intervention. Or les auteurs soulignent que ce qui est vrai pour des femmes à l"âge psychique" fruste ne l'est pas pour celles d'un niveau supérieur ; d'après eux donc, un examen psychologique devrait être demandé chaque fois qu'une femme de moins de 35 ans doit subir une hystérectomie en dehors des conditions d'urgence. Nous nous permettons d'étendre ce conseil à tous les âges.

Il paraît en effet primordial de définir très précisément quelle est la structure psychique de la femme au moment qui précède l'intervention ; nous avons vu de quelle manière était intégrée la féminité pour la plupart et rare est l'absence de féminité consciente qui ferait presque ignorer l'intervention.

La brutalité de l'intervention exagère toutes les prédispositions antérieures ; le conflit se répercute alors sur le plan psychique, somatique et moral ; il ne fait qu'exagérer le caractère dysthymique si souvent rencontré dans les antécédents et aggraver le type caractériel et affectif antérieur. La part du terrain est donc prédominante ; le traumatisme opératoire intervient parfois comme justification aux troubles préexistants :

- l'anxieuse simple est la plus accessible ; le chirurgien rassure affirmant que "tout s'est parfaitement bien passé", tandis que le psychothérapeute confirme et tente de calmer une angoisse dont il s'efforce de démontrer le mal fondé ; de cette manière, l'évolution est normalement favorable quand le chirurgien affirme de façon suffisamment convaincante que la fonction ovarienne a pu être conservée.

- l'hystérique est encore apparemment assez maniable mais nécessite souvent une certaine théatralité dans la réalisation de l'intervention ; il importe avant tout de savoir ce qu'elle attend de l'intervention et il faut lui donner satisfaction dans la mesure du possible.

.../...

Sans doute importe-t-il plus pour elle être persuadée avoir conservé ses ovaires que de les avoir réellement. Néanmoins, rappelons la fréquence des interventions abusives sur ce terrain et l'avis, voire la demande expresse, du chirurgien décidera le plus souvent de l'intervention en dehors des cas chirurgicalement patents.

- s'il s'agit d'une hypocondriaque notoire, le chirurgien doit faire bénéficier la malade d'une série d'examens parmi lesquels sera inclus une consultation psychiatrique. On conçoit que si la malade a déjà eu un contact psychothérapique contemporain de l'intervention, les réticences habituelles de ces malades soient beaucoup plus facilement vaincues ultérieurement.

- chez une femme présentant des troubles névrotiques, lorsque l'intervention s'avère nécessaire chirurgicalement, grand est le risque de voir se structurer une névrose.
Dans la genèse de ces troubles, le terrain est certes essentiel, mais il faut bien admettre que certaines prédispositions ne s'éclairent parfois de toute leur signification qu'après le geste opératoire irréversible.

LA CONSERVATION OVARIENNE DANS UNE OPTIQUE PSYCHOSOMATIQUE

Je pose la question de savoir dans quelle mesure intervient la conservation ovarienne pour obtenir le bien-être après hystérectomie ? :

- la conservation ovarienne permet, pour une femme en période d'activité génitale, de ne pas être aux prises prématurément avec les désordres de la ménopause ; mais pour les femmes au psychisme simple, il est assez difficile de se représenter que les ovaires fonctionnent effectivement quand elles ne "voient" plus leurs règles, alors que l'arrêt des règles signifie pour elles, mise au repos des ovaires. Il est donc souhaitable d'expliquer patiemment quelles sont les preuves tangibles de cette présence ovarienne, dont l'absence de traitement substitutif n'est pas le moindre argument.

Mais il y a des échecs de la conservation ovarienne où des troubles de la castration s'observent : bouffées de chaleur, prise de poids, pilosité excessive, désintérêt sexuel dans les mois qui suivent l'opération. Ils sont dûs à la qualité du parenchyme ovarien laissé en place : un tiers d'ovaire unique peut suffir des années alors que certaines conservations bilatérales restent sans effet.

Pour les femmes au développement psychique plus marqué, et qui ne se plaignent pas de troubles importants, l'arrêt des règles peut laisser l'impression d'une mutilation qu'elles redoutaient, soit pour l'équilibre du ménage, soit par coquetterie ; la présence ovarienne doit permettre de trancher le lien qui existait entre les règles et la sexualité.

- les bienfaits de la conservation ovarienne ne peuvent donc être pleinement ressentis qu'en fonction de "l'âge psychique" de la malade ; quand celui-ci n'est pas totalement formé, il doit l'être par un psychothérapeute.

.../...

AVANTAGES D'UNE EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

MICHEL - WOLFROMM H. affirme que psychologiquement rares sont les femmes qui considérent la castration comme une atteinte de la personnalité ou de la féminité ; certains désordres d'origine psychosomatique sont exagérés, mais dans d'autres cas diminués par la castration. Sans doute le vieil adage "tota mulier in utéro" doit-il être encore adapté à nos nouvelles connaissances et transformé en "tota mulier in tertio ventriculo".
Quand CONTAMIN affirme : "tout est presque dans le cerveau et l'utérus et l'ovaire sont beaucoup plus voués aux fonctions de reproduction qu'au maintien de l'équilibre hormonal et nerveux de la femme", il dépasse notre propre pensée, mais il a le mérite de montrer ainsi que le débat sur l'opportunité de la conservation ovarienne n'est pas simple puisqu'il suggère ainsi les relations de l'ovaire avec l'ensemble des localisations cérébrales (et en particulier avec les centres du lobe frontal) dont nous sommes encore bien ignorants.

Une équipe pluridisciplinaire permet de tenir compte de cette complexité et de définir une attitude en fonction de chaque patiente avec le maximum de garantie. La place du chirurgien est incontestablement prépondérante ; sa personnalité doit lui permettre de dominer la malade et sa maladie, mais le recours au psychiâtre, au psychologue, voire à l'endocrinologue dans des cas précis, est maintes fois utile.

Au sein d'une équipe, le spécialiste autre que le chirurgien est moins redouté que lorsqu'il est isolé ; grâce à elle, une psychothérapie prônée paraît alors presque naturelle et ses bienfaits ne s'en feraient que plus ressentir si des désordres psychiques post-opératoires faisaient recourir au spécialiste. Il semble donc profitable que le chirurgien associe d'autres spécialistes à se décision.

Certes le chirurgien est capable de pratiquer lui-même une psychothérapie non spécialisée ; la castration crée une situation psychopathogène dont le chirurgien, par sa propre personnalité peut minimiser les effets. L'élément affectif qu'il introduit peut avoir une influence globale très heureuse sur l'opérée. De même, la multitude des troubles psychosomatiques pouvant intervenir sont certainement à la portée d'un chirurgien qui n'a pas peur de "perdre son temps avec les malades". Mais le rôle du chirurgien n'est-il pas le plus souvent transitoire ? N'est-il pas habituel que le chirurgien méconnaisse totalement l'hospitalisation psychiatrique d'une de ses anciennes opérées. Ce cas est sans doute extrême, mais nombreux sont les troubles endurés par d'anciennes hystérectomisées sans qu'elles aient même l'idée d'en entretenir leur chirurgien. Aussi ne fait-il aucun doute que si la malade a pressenti que l'on ne dédaignait pas ses hésitations, elle reviendra plus facilement rendre compte des résultats de l'intervention et ne s'effarouchera pas à la pensée d'une consultation psychiatrique, surtout si elle a déjà été mise en contact avec lui avant l'intervention.

.../...

Aussi, comme le dit COLDEFY J.M. "pour trancher toutes les difficultés soulevées par les problèmes psychosomatiques, des collaborateurs permanents et qualifiés -avocats de la malade- au cours de l'élaboration du tableau opératoire, permettent le plus d'efficacité". Le principal avantage est de former le chirurgien lui-même à tenir compte de ces problèmes ; le second est de détecter les personnalités fragiles.

Mais, comme le souligne GOSSET J., n'est-ce pas une manière de diluer la responsabilité ? Nous ne le pensons pas si le colloque qui doit être institué entre la malade et le soignant est présenté et ressenti par la malade non comme un tête-à-tête d'individu à individu mais comme un dialogue entre un homme à multiples facettes et une équipe cohérente. C'est à cette condition que la consultation avec le psychiâtre, dont BALINT souligne qu'elle n'est pas sans danger, a le plus de chance de ne pas créer une angoisse née de l'appel au consultant psychiâtre, en particulier. La déception du malade qui constate l'impuissance du médecin et du chirurgien à le calmer, peut se dissoudre s'il comprend que s'instaure un dialogue rendu nécessaire par son propre cas, dans le but de lui prodiguer des soins, mieux adaptés, dans le souci d'un bénéfice pour sa santé. Il est logique que cette impression ne puisse naître qu'en face d'une équipe bien soudée où l'un n'est pas totalement ignorant de la spécialité de l'autre. Il est donc nécessaire que le chirurgien ait une formation psychosomatique et que ses collaborateurs ne soient pas ignorants de la chirurgie.

Après ce plaidoyer en faveur d'une médecine plus humaine, nous pensons que l'existence d'une équipe à activités pluridisciplinaires est souhaitable pour juger du cas particulier de la conservation ovarienne au cours des hystérectomies. Dans le cadre général d'un service de chirurgie, le psychiâtre et le psychologue s'avèrent indispensables et leur présence justifiée par les troubles que ne peut manquer de provoquer cette agression, bien que sublimée, que constitue l'acte opératoire.

.../...

V - LES INDICATIONS THEORIQUES DE L'HYSTERECTOMIE AVEC CONSERVATION ANNEXIELLE

Nous serions tentés de dire que l'hystérectomie avec conservation annexielle est indiquée toutes les fois que l'on hésite à faire une hystérectomie avec castration, mais nous tenons à être plus précis.

1° - LES MYOMES UTERINS

Ils constituent la plus grande indication et dans les myomes non compliqués d'annexite la conservation est toujours possible.

En effet, même lorsqu'existent au niveau des ovaires de petits signes de dysfonctionnement, tels que des petits kystes folliculaires à contenu limpide, plus rarement kystes lutéiniques, exceptionnellement kystes à contenu hémorragique, ceux-ci ne constituent pas une raison suffisante pour sacrifier les ovaires. L'expérience prouve en effet qu'ils fonctionnent parfaitement sur le plan hormonal lorsque l'hystérectomie a été pratiquée ; la conservation ovarienne prévient ainsi les troubles de la ménopause.

Chez la femme jeune se pose l'indication possible d'une myomectomie et dans ce cas, l'état de l'utérus au cours de l'hystérectomie doit limiter les indications de la conservation idéale :

- certains utérus porteurs de myomes sont peu remaniés, véritables corps étrangers inclus dans une musculature utérine normale par ailleurs ; la myomectomie trouve là des conditions de récupération post-opératoires idéales ;

- au contraire d'autres utérus sont congestifs, infiltrés, ayant un aspect fibromateux où le myome fait partie d'un complexe anatomique. C'est là qu'apparaissent volontiers des récidives ou que persistent des troubles des règles. Logiquement, l'hystérectomie totale est préférable mais avec conservation ovarienne.

MUSSET, avec la majorité des auteurs, remarque que le risque de cancérisation d'un ovaire restant ne dépasse guère 1 sur 100 et recommande la conservation ovarienne chez les femmes encore réglées.

Chez les femmes fraîchement ménopausées avec persistance d'une oestrogénie relative, il tient compte surtout du tempérament et des désirs de la patiente, et de l'aspect des ovaires examinés à ventre ouvert.

Après quarante-cinq ans, il se demande toutefois si la conservation offre réellement un intérêt. Beaucoup le pensent.

2° - L'UTERUS FIBROMATEUX DE LA FEMME DE LA QUARANTAINE

Il pose des problèmes peu différents en ce qui concerne l'hystérectomie ; les trompes ont le plus souvent un aspect subnormal avec quelquefois des adhérences anciennes, indice de quelques poussées de métro-annexites mais leur libération est en règle facile et on constate l'intégrité des ovaires ainsi que leur qualité fonctionnelle ; présence de corps jaunes récents à divers stades, follicules plus ou moins volumineux et hypertrophiés. La conservation de ces ovaires fonctionnels s'impose donc.

.../...

3° - LES METRITES CHRONIQUES

Elles laissent souvent des utérus augmentés de volume, congestifs, saignant facilement.

La pesanteur pelvienne, la dysménorrhée, la dyspareunie sont de règle et la métrite semble entretenir une salpingite. Certes, les trompes peuvent être épaissies et rougeâtres, mais il importe de vérifier leur perméabilité ; les ovaires sont le plus souvent normaux et l'expérience prouve qu'en enlevant l'utérus, on peut parfaitement conserver les annexes dont l'inflammation s'atténue immédiatement après l'hystérectomie (ROBERT).

4° - "LES DOULOUREUSES DU BAS VENTRE" (MICHEL - WOLFROMM H.)

Il s'agit de malades qui versent trop facilement sur la pente de la psychopathie ; c'est là que bien des interventions abusives sont pratiquées sur des terrains favorables à la somatisation des névroses.
On en veut pour preuve l'amélioration bien souvent apportée par une simple coelioscopie.

5° - LES RETROVERSIONS UTERINES DOULOUREUSES

Les femmes de plus de quarante ans qui ne veulent pas d'enfant peuvent bénéficier d'une hystérectomie avec conservation ovarienne, moyen terme entre l'opération radicale et l'hystérectomie où les séquelles douloureuses sont à redouter. C'est encore l'opération de rattrapage dans le cas de rétroversions déjà traitées chirurgicalement par hystéropexie directe ou indirecte, indiquée chez ces malades qui souffrent d'un utérus fixé à la paroi souvent gros et fibromateux ; elles ne doivent pas être castrées mais traitées par l'hystérectomie conservatrice lorsque les annexes sont normales.
Néanmoins, c'est là encore que les indications opératoires sont souvent abusives.

CONCLUSION

Au cours de cette étude, nous avons montré que :

- l'hystérectomie doit comporter une conservation ovarienne chaque fois que cela est possible lorsqu'il s'agit de lésions utérines isolées ;

- les contre-indications formelles ne doivent pas être transgressées mais dans la plupart des cas, la conservation ovarienne est indiquée.

Mais nous avons tiré de cette étude d'autres enseignements :

- l'attitude psychosomatique est un choix que nous pensons bénéfique ;

- loin de codifier une attitude chirurgicale, la psychosomatique fait de chaque patiente un cas particulier ;

- la psychosomatique est un pas nouveau vers une médecine plus humaine.

POST-SCRIPTUM

Nous avons rejeté l'idée d'inclure dans ce travail des observations car nous pensons qu'elles auraient impliqué une conclusion formelle dégagée de statistiques prenant résolument parti pour ou contre la conservation ovarienne. Ceci nous paraît contraire à l'attitude psychosomatique.

BIBLIOGRAPHIE

ALEXANDER

La médecine psychosomatique - PAYOT

ASSAEL M. et AVROUSKINE M.

Hystérectomie : étude psychosomatique d'une observation
Acta. neurol. psychiât. Belg. Octobre 1962
n° 10 p. 927-938

BALINT

Le médecin, son malade et la maladie - PUF

BECLERE C.

Troubles de la castration - Revue du Praticien
Janvier 1953 n° 1 p. 35-46

BECLERE C.

Les ménopauses par castration et leur traitement
Vie médicale 1954 - 35 n° 2 p. 149-156

BREHM H.

Wann darf man ohne nachteilige Folgen die warien entfernen
Archiv. f. gynäkologie Bd 195
Kongressbericht

CHAMBRAUD R.

Les conséquences de l'ovariectomie unilatérale
Concours médical 15 VI 1963 n° 24 p. 3837 - 3840

COLDEFY J.M.

Formation psychosomatique des chirurgiens
MAROC médical - Novembre 1964 p. 889 - 890

COLDEFY J.M.

Problèmes psychologiques en chirurgie
MAROC médical - Novembre 1961 p. 885 - 888

COLDEFY J.M.

Psychologie appliquée à la chirurgie
PARIS 1963 - FLAMMARION

COLDEFY J.M.

Les attitudes psychopathologiques du chirurgien
BRUXELLES médical 1966 n° 34 - 35 p. 787

COLDEFY J.M. - LAUNAY J. - BRUNET M.

Les accidents neuro-psychiques post-opératoires
Journal Chir. PARIS - Novembre 1968 t. 96 n° 5 p. 411 - 422

CONTAMIN R. - MOULIN C. - FERRIEUX J. - Grenoble

Les conditions du bien-être après hystérectomie
Gynécologie et Obst. Revue 60 n° 4 1961 p. 451 - 478

.../...

DALGHIN M.C.
Les grandes étapes de la vie féminine, étude psychophysiologique
Thèse PARIS 1967

DIEULAFE R.
Limites de la chirurgie conservatrice en gynécologie
Concours médical 29 - VIII 1959 p. 3647 - 3649

DUBUIS
Opportunité de l'emploi des oestrogènes à la ménopause
Bull. Féd. Soc. Gynéco. Obst.
Fr. 1969 p. 20 241 - 243

FAIN M.
Traumatisme psychique et acte opératoire
Revue de Méd. psychosomatique n° 3 VII - IX 1959 p. 209

FÜNCK-BRENTANO
La castration chirurgicale et son traitement
Gyn. Obst. XVIIIème Congrès de la Fédération des Soc. de Langue Fr.
15 - 17 VI 1959 PARIS - Compte-Rendu 7 Novembre 1960

FURUHJELEN M.
Urinary excretion of hormons during climature
Acta Obst. Gyn. Scaud. 1966 Y 5 - 3

GACHKEL V.
Indices psychosomatiques des hystérectomisées
Revue de Méd. Psychosomat. Janvier - Mars 1959 n° 1, 70

GAUBERT J.
La vascularisation sanguine de l'ovaire normal et pathologique
Thèse 1957 TOULOUSE

de GENNES L. et TOURNEUR R.
Thérapeutique de la castration chirurgicale
Gyn. Obst. 1959 11, n° 1 bis, 36 - 46

GOMES de SILVEIRA J.C.
La répercussion de l'hystérectomie sur la fonction ovarienne
Resista de gyn. e. Obst. RIO de JANEIRO
VII 1956 vol. 98 p. 31 - 37

GOMES de SILVEIRA J.C.
Syndrome post-hystérectomie
Revista de gyn. e. Obst. RIO de JANEIRO
III 1957 vol. 100 p. 87 - 100

GOSSET J.
Le chirurgien devant les problèmes psychosomatiques
Semaine des Hôp. de PARIS - 8 VI 1961 p. 872 - 877

GOSSET J. et MARTY P.
Réflexion sur le bilan nosographique d'une consultation psychosomatique dans un service de chirurgie générale
Revue de Méd. psychosomatique Tome 1 n° 3 VII-IX 1959 p. 214 - 219

HERVE R.
Ménopause, ses troubles
EMC - 1967

.../...

IGERT M.
L'indifférence somatique

LEMPERIERE T. - PERSE - ENRIQUEZ
Symptômes hystériques et personnalité hystérique
Congrès de psy. et neurol. de Langue Fr. 1965 - Septembre - LAUSANNE

MAGENDIE - BRUN - SENEGAS
L'hystérectomie avec conservation annexielle
Juillet 1967 p. 133 - 156 BORDEAUX Chirurgical

MAGENDIE J. BERNARD I. - REGNIER M. - MAGIMELM M. et HEYRAUD
Confrontations des troubles fonctionnels et des examens paracliniques de la période climatérique
Bull. Soc. Féd. Gyn. XXVI n° 6 Octobre 1956

MARTY - M'UZAN - DAVID
L'investigation psychosomatique - PUF

MATHIEU J. - MOUSSELON J.
Le traitement chirurgical du fibrome utérin avant 40 ans
Revue Fr. de gyn. - Obst. VII - VIII 1962 p. 442 - 443

MICHEL - WOLFROMM H.
Du gynécologue au psychiâtre
Gaz. Méd. de Fr. 1 X 1964

MICHEL - WOLFROMM H.
Gynécologie psychosomatique
MASSON 1963

MICHEL - WOLFROMM H.
Gynécologie psychosomatique
EMC 177Avo. Mai 1958

MINTZ M.
Essai de comparaison des suites éloignées de 2 groupes d'hystérectomisées : 33 avec conservation ovarienne - 42 avec castration
Compte-rendu de la Soc. Fr. de Gynéc. VI - X 1960

MOCQUOT - ROUVILLOIS
Journal de chirurgie
51 n° 2 Février 1938 - 61-76

MORICARD F.
Les troubles de la castration chirurgicale
Gynéco. Obst. 1959 II n° 1 bis - 13 - 35

MORICARD F.
Hormonothérapie de la castration
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1959 II n° 4 bis - 299 - 300

MOSSE Th.
Etude cl. et biol. d'un groupe de femmes castrées ou ménopausées avant l'âge de 40 ans
Comparaison avec un groupe de patientes à ménopause normale
Thèse PARIS 1966

.../...

MOULONGUET P.
Avantages et limites de la conservation ovarienne dans les hystérectomies
Bull. Féd. Soc. Gynéco. et Obst. 1958, 10, n° 1 29 - 33

MUSSET R.
Indications thérapeutiques dans les fibromyomes utérins
Actualités gynécologiques
MASSON - Première série - 1971 p. 65 -79

NETTER A.
Qu'est-ce-que la ménopause ?
La Vie Médicale 1971/3 - 4885
Les ménopauses précoces
La Vie Médicale 1971/3 - p. 4897 - 4900

NETTER A. - LAMBERT - NETTER A.
Quels traitements choisir pour soulager les troubles fonctionnels de la ménopause ?
La Vie Médicale 1959, 40, 695 - 703

ORAISON M.
Médecine psychosomatique et conception de l'homme
MAROC Méd. Novembre 1964 - p. 860 - 864

PALMER R.
Opérations conservatrices sur les ovaires
LILLE - Chir. XI - XII 1960 - 15 n° 6 p. 204 - 210

POUILHES - GAUBERT - PLANEL et ROULEAU
Nouvelles recherches sur la vascularisation de l'ovaire
XLIVème Réunion de l'Association des Anatomistes - LEYDES 1957

POULAIN O.
La médecine contemporaine - GALLIMARD 1967

REYNIER J.
Traitement chirurgical du cancer du sein
Actualités gynécologiques - MASSON 1971 - p. 117 à 126

RICHOU J.
Contribution à l'étude des troubles psychiques après hystérectomie et ovariectomie
Thèse PARIS 1963

ROBERT
Aspects psychiques et biologiques des relations entre le cycle menstruel et les troubles psychiques
LYON - Méd. XXI - 1962 - n° 44 p. 892 - 895

ROBERT
Modalités du traitement chirurgical des fibromes
Presse Médicale 7-XII 1964 - n° 4 p. 2777 - 2780

ROBERT H.G. et de THOMASSON J.
Conséquences physopathologiques des hystérectomies pour lésions bénignes
3.1964 EMC - 165 A

.../...

ROBERT H.
Nouveau traité de technique chirurgicale
Gynécologie MASSON - 1969

ROLAND J.L.
Approche psychosomatique et médecine quotidienne
MAROC Méd. - Novembre 1964 - p. 872

ROUSSELET N.
Contribution à l'étude psychologique et psychiâtrique des polyopérés
Thèse PARIS 1972

SENARCLENS de M. - Genève
L'approche psychosomatique par le gynécologue
Méd. et Hygiène n° 872
21.VI 1969 - p. 610 -611

SERFATY D.
Les troubles trophiques vulvo-vaginaux de la ménopause
La Vie Médicale 1971/3 - p. 4933 - 4942

SERMENT et AYME
La ménopause et son traitement
Revue Fr. de Gynéco. et Obst. 1963 - p. 58 395 - 451

TRAISSAC R.
La ménopause chirurgicale
Assises Fr. de Gynéco. - Mai 1956 p. 177 - 199

TROPEA
Quelques aspects endocriniens de la ménopause dans leurs rapports avec la thérapeutique
Revue Fr. de gynéco. et Obst. 1968 - 63 p. 301 - 304

VALABREGA J.P.
Où en est la psychosomatique ?
MAROC Méd. - Novembre 1964 p. 865 - 871

VALABREGA J.P.
La relation thérapeutique - FLAMMARION
Edition PARIS - 1962

VARANGOT
Cancer intra-épithélial - EMC 1968

VIGNALOU J.
Ostéoporose et troubles articulaires de la ménopause
La Vie Médicale 1971/3 - p. 4925 - 4930

WENNER R.
La ménopause
Revue du Patricien t. III n° 26 p. 1831 - 1837 - Octobre 1952